

 El documento del Resumen de Beneficios y Cobertura (Summary of Benefits and Coverage, SBC) lo ayudará a elegir un [plan](#) de salud. El SBC le muestra cómo usted y el [plan](#) compartirían el costo de los servicios cubiertos de atención médica. **NOTA:** La información sobre el costo de este [plan](#) (es decir, la [prima](#)) se proporciona por separado. Este es solo un resumen. Para más información sobre su cobertura o para obtener una copia de todos los términos de la misma, visite www.shbp.georgia.gov o llame al 1-855-512-5997 (TTY: 711). Para enterarse de las definiciones generales de los términos comunes como [cantidad permitida](#), [facturación de saldos](#), [coseguro](#), [copago](#), [deducible](#), [proveedor](#) u otros términos subrayados, consulte el glosario. Puede ver el glosario en <https://www.healthcare.gov/sbc-glossary/> o llamar al 1-888-865-5813 (TTY: 711) para solicitar una copia.

Preguntas importantes	Respuestas	Por qué es importante:
¿Cuál es el deducible general?	\$0	Consulte el cuadro de eventos médicos comunes, más adelante, para enterarse de los costos por los servicios que cubre este plan .
¿Hay otros deducibles por servicios específicos?	No.	No tiene que alcanzar los deducibles por servicios específicos.
¿Cuál es el límite de gastos de su bolsillo de este plan ?	Para proveedores de la red \$6,350 Usted \$12,700 Usted + cónyuge o hijo(s) 12,700 Usted + familia Para proveedores fuera de la red : no está cubierto.	El límite de gastos de su bolsillo es el monto máximo que podría pagar en un año por servicios cubiertos. Si tiene otros parientes en este plan , ellos deben alcanzar su propio límite de gastos de su bolsillo hasta que el límite de gastos de su bolsillo de toda la familia se haya alcanzado.
¿Qué no se incluye en el límite de gastos de su bolsillo ?	Primas , cargos por facturación de saldos y atención médica que este plan no cubre.	Aunque pague estos gastos, no cuentan como parte del límite de gastos de su bolsillo .
¿Pagará menos si usa un proveedor de la red ?	Sí. Consulte www.my.kp.org/shbp o llame al 1-855-512-5997 para obtener una lista de los proveedores de la red .	Si usa un médico de la red u otro proveedor de atención médica, este plan pagará algunos o todos los costos de los servicios cubiertos. Tenga en cuenta que su médico u hospital de la red pueden usar un proveedor fuera de la red para algunos servicios. Los planes usan los términos dentro de la red , preferido o participante para referirse a proveedores de la red. Revise el cuadro que comienza en la página 2 para saber cómo este plan paga a distintos tipos de proveedores.
¿Necesita una remisión para ver a un especialista ?	Sí, pero puede remitirse usted mismo a algunos especialistas . No. Las remisiones internas a un especialista de Kaiser Permanente no requieren una remisión escrita.	Este plan pagará algunos o todos los costos para ver a un especialista por los servicios cubiertos, pero solo si tiene el permiso del plan antes de ver al especialista .



Todos los costos por [copagos](#) y [coseguros](#) que se muestran en este cuadro se aplican después de que se alcance su [deducible](#), si este corresponde.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
Si visita el consultorio de un proveedor o clínica	Visita de atención primaria para tratar una lesión o enfermedad	Copago de \$35/visita al consultorio	No está cubierto	Si recibe otros servicios aparte de la visita al consultorio, puede que apliquen copagos adicionales.
	Visita al consultorio del especialista	Copago de \$45/visita al consultorio	No está cubierto	Si recibe otros servicios aparte de la visita al consultorio, puede que apliquen copagos adicionales.
	Atención preventiva/exámenes / vacunas	Sin cargo	No está cubierto	La cobertura se limita a 1 examen por año.
Si tiene un examen	Examen diagnóstico (radiografías, análisis de sangre)	Sin cargos por servicios prestados en el Centro Médico de Kaiser Permanente o un laboratorio independiente contratado por Kaiser Permanente; copago de \$100 por servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio.	No está cubierto	--Ninguno--
	Imagenología (exámenes por TC/TEP, IRM)	Copago de \$45 por servicios prestados en el Centro Médico de Kaiser Permanente o un laboratorio independiente contratado por Kaiser Permanente; copago de \$100 por servicios prestados en un centro hospitalario ambulatorio.	No está cubierto	Puede requerir autorización previa .

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
Si necesita medicamentos para tratar su enfermedad o condición Puede encontrar más información disponible sobre cobertura de medicamentos recetados en www.my.kp.org/shbp	Medicamentos genéricos (nivel 1)	Copago de \$20/receta (al detal); Copago de \$50/receta (pedido por correo)	No está cubierto	Cubre suministros de hasta 30 días (al detal); 31-90 días (pedido por correo). Copago de \$30 por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitado a surtidos de una sola vez. Sin cargo por anticonceptivos (sujeto a las pautas de la lista de medicamentos).
	Medicamentos de marca preferidos (nivel 2)	Copago de \$50/receta (al detal); Copago de \$125/receta (pedido por correo)	No está cubierto	Cubre suministros de hasta 30 días (al detal); 31-90 días (pedido por correo). Copago de \$60 por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitado a surtidos de una sola vez.
	Medicamentos de marca no preferidos (nivel 3)	Copago de \$80/receta (al detal); Copago de \$200/receta (pedido por correo)	No está cubierto	Cubre suministros de hasta 30 días (al detal); 31-90 días (pedido por correo). Copago de \$90 por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitado a surtidos de una sola vez.
	Medicamentos de especialidad	Igual que los medicamentos genéricos, preferidos, medicamentos de marca no preferidos, según corresponda	No está cubierto	Cubre suministros de hasta 30 días (al detal); 31-90 días (pedido por correo). Copago aplicable por receta (farmacias de la red); farmacias de la red limitado a surtidos de una sola vez.
Si tiene una cirugía ambulatoria	Tarifa del centro (p. ej., centro de cirugía ambulatoria)	Copago de \$100/visita	No está cubierto	--Ninguno--
	Tarifas del médico o cirujano	Incluida en la tarifa del centro.	No está cubierto	--Ninguno--
Si necesita atención médica inmediata	Atención en la Sala de Emergencia	Copago de \$150/visita	Copago de \$150/visita	Exento si es admitido
	Transporte médico de emergencia	Copago de \$100/traslado	Copago de \$100/traslado	--Ninguno--
	Cuidados de urgencia	Copago de \$35/visita	No está cubierto	Los cuidados de urgencia de un proveedor no participante se cubre solo si usted está temporalmente fuera de nuestra área de servicio. Si recibe otros servicios aparte de la visita al consultorio, puede que apliquen otros copagos .
Si requiere hospitalización	Tarifa del centro (p. ej., habitación del hospital)	\$250 copago /admisión	No está cubierto	--Ninguno--
	Tarifas del médico o cirujano	Incluida en la tarifa del centro	No está cubierto	--Ninguno--

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
Si necesita servicios de salud mental, salud conductual o por abuso de sustancias	Servicios ambulatorios	Copago de \$35 /visita (individual); copago de \$17 /visita (grupal - servicios de salud mental o conductual) copago de \$35 /visita (grupal - servicios por abuso de sustancias)	No está cubierto	Si recibe otros servicios aparte de la visita al consultorio, puede que apliquen otros copagos .
	Servicios hospitalarios	Copago de \$250 /admisión	No está cubierto	--Ninguno--
Si está embarazada	Visitas al consultorio	Sin cargo	No está cubierto	Después de la confirmación del embarazo, para la serie normal de visitas de rutina programadas con regularidad. La cobertura se limita a 1 visita posnatal. Dependiendo del tipo de servicio, puede aplicar un copago , coseguro o deducible . La atención de maternidad puede incluir pruebas y servicios descritos en otra parte del SBC (es decir, ultrasonidos)
	Servicios profesionales de parto y alumbramiento	\$250 copago /admisión	No está cubierto	
	Servicios del centro de parto y alumbramiento	\$250 copago /admisión	No está cubierto	
Si necesita ayuda para su recuperación o tiene otras necesidades médicas especiales	Cuidados de salud en el hogar	Sin cargo	No está cubierto	La cobertura es ilimitada. No se cubre los servicios privados de enfermería.
	Servicios de rehabilitación	Copago de \$25 /visita (ambulatoria); copago de \$250 /admisión (hospitalaria)	No cubierto	Hay un máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional y del habla). Fisioterapia: puede que se cubran las visitas adicionales, si se estima médicamente necesario.

Eventos médicos comunes	Servicios que puede necesitar	Lo que pagará		Limitaciones, excepciones y otra información importante
		Proveedor de la red (pagará el menor costo)	Proveedor fuera la red (pagará el costo mayor)	
	Servicios de habilitación	Copago de \$25/visita; Copago de \$250/ admisión (hospitalaria)	No está cubierto	Hay un máximo de 40 visitas por terapia en un año de beneficios (física, ocupacional y del habla). Fisioterapia: puede que se cubran las visitas adicionales, si se estima médicamente necesario. Estas visitas se aplican al límite de servicios de rehabilitación.
	Atención de enfermería especializada	Sin cargo	No está cubierto	Centro de enfermería especializada 120 días por año calendario. No hay limitación de días para pacientes hospitalizados en el centro de rehabilitación .
	Equipo médico duradero	Sin cargo	No está cubierto	Puede que se requiera autorización previa .
	Servicios paliativos	Sin cargo	No está cubierto	Puede que se requiera autorización previa . 8 visitas por duelo por año calendario.
Si su hijo necesita atención dental o de la vista	Examen de la vista del niño	Sin cargo	No está cubierto	1 examen de rutina cada 24 meses.
	Anteojos de niños	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto
	Revisión dental del niño	No está cubierto	No está cubierto	No está cubierto

Servicios excluidos y otros servicios cubiertos:

Servicios que, por lo general, su plan NO cubre (revise su póliza o documento del plan para obtener más información y una lista de cualesquiera otros servicios excluidos).		
<ul style="list-style-type: none"> • Acupuntura • Cirugía bariátrica • Cirugía cosmética • Cuidado dental (adultos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento para la infertilidad • Atención de largo duración • Atención que no sea emergencia al viajar al extranjero 	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio privado de enfermería • Podología de rutina • Programas para la pérdida de peso
Otros servicios cubiertos (puede que se apliquen limitaciones a estos servicios. Esta no es una lista completa. Revise el documento de su plan).		
<ul style="list-style-type: none"> • Atención quiropráctica • Aparatos auditivos 	<ul style="list-style-type: none"> • Atención de la vista de rutina (adultos) 	

Sus derechos a continuar con la cobertura: existen agencias que pueden ayudar en caso de que desee continuar su cobertura después de que finalice. La información de contacto de esas agencias es: Su departamento estatal de seguros, Departamento de Seguros de Georgia por el 1-800-656-2298 o www.oci.ga.gov/; o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. por el 1-877-267-2323 x61565 o www.cciio.cms.gov. Es posible que también estén disponibles otras opciones de cobertura, incluyendo comprar una cobertura de seguro individual a través del [Mercado](#) de Seguros de Salud. Para más información sobre el [Mercado](#), visite www.HealthCare.gov o llame al 1-800-318-2596. Para más información sobre sus derechos a cobertura continua, comuníquese con el plan por el 1-800-610-1863.

Sus derechos a reclamos y apelaciones: existen agencias que pueden ayudar si usted tiene una queja contra su [plan](#) por la denegación de un [reclamo](#). Se le denomina [queja](#) o [apelación](#). Para más información sobre sus derechos, consulte la explicación de beneficios que recibirá por dicho [reclamo](#) médico. Debe comunicarse directamente Servicios al Miembro de Kaiser Permanente para apelar la denegación de la cobertura de reclamos médicos llamando, al

1-855-512-5997 (TTY: 711). Para apelaciones relacionadas con incentivos de bienestar, comuníquese con Kaiser Permanente HealthWorks por el 1-866-300-9867. Para preguntas relacionadas con su elegibilidad, derechos, este aviso o asistencia, puede comunicarse con: Servicios al Miembro del Plan Estatal de Beneficios Médicos por el 1-800-610-1863 o acceder a información sobre apelaciones de elegibilidad en www.shbp.georgia.gov. Los documentos de su [plan](#) también proporcionan información completa para presentar una [reclamo](#), [apelación](#) o un [reclamo](#) por cualquier razón a su [plan](#).

¿Este plan provee cobertura mínima esencial? Sí.

Si no tiene una [Cobertura mínima esencial](#) para un mes, deberá hacer un pago cuando llene su declaración de impuestos, excepto si califica para una exención del requisito de que usted tiene cobertura médica para ese mes.

¿Este plan cumple los estándares de valor mínimo? Sí.

Si su [plan](#) no cumple los [Estándares de Valor Mínimo](#), puede que sea elegible para un [crédito fiscal de primas](#) para ayudarlo a pagar un [plan](#) a través del [Mercado](#).

Servicios de acceso en idiomas:

Español: Para obtener asistencia en español, llame al 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Tagalog: Kung kailangan ninyo ang tulong sa Tagalog tumawag sa 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Chinese (中文): 如果需要中文的帮助, 请拨打这个号码 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Navajo (Diné): Dinek'ehgo shika at'ohwol ninisingo, kwijjigo holne' 1-888-865-5813 (TTY: 711)

Para ver ejemplos de cómo este plan puede cubrir costos de una situación médica de muestra, consulte la siguiente sección.

Ejemplos sobre esta cobertura:



Este no es un estimador de costos. Los tratamientos mostrados son solo ejemplos de cómo este [plan](#) puede cubrir la atención médica. Sus costos reales podrían diferir en función de la atención real que reciba, los precios que cobren sus [proveedores](#) y muchos otros factores. Enfóquese en los montos de los [costos compartidos](#) ([deducibles](#), [copagos](#) y [coseguro](#)) y [servicios excluidos](#) de acuerdo con su [plan](#). Use esta información para comparar la parte de los costos que podría pagar según los diferentes [planes](#) de salud. Tenga en cuenta que estos ejemplos de cobertura se basan solo en cobertura personal.

Peg tendrá un bebé

(9 meses de atención prenatal en la red y parto en un hospital)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	\$0
■ Otro coseguro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del especialista (*atención prenatal*).

Servicios profesionales de parto y alumbramiento.

Servicios del centro de parto y alumbramiento.

Pruebas diagnósticas (*ultrasonidos y análisis de sangre*).

Visita al especialista (*anestesia*).

Costos totales del ejemplo	\$7,540
-----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Peg pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Peg es	\$560

Control de la diabetes tipo 2 de Joe

(un año de atención de rutina en la red por una condición bien controlada)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	\$0
■ Otro coseguro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Visitas al consultorio del Médico de Atención Primaria (*incluyendo información sobre la enfermedad*).

Exámenes diagnósticos (*análisis de sangre*).

Medicamentos recetados.

Equipo médico duradero (*glucómetro*).

Costos totales del ejemplo	\$5,400
-----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Joe pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$1900
Coseguro	\$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$60
El total que pagaría Joe es	\$1,960

Fractura simple de Mia

(visita a la sala de emergencia de la red y cuidado de control)

■ El deducible general del plan	\$0
■ Copago del especialista	\$45
■ Coseguro del hospital (centro)	\$0
■ Otro coseguro	\$0

Este evento de EJEMPLO incluye servicios como:

Atención en la Sala de Emergencia (*incluyendo suministros médicos*).

Examen diagnóstico (*radiografías*).

Equipo médico duradero (*muletas*).

Servicios de rehabilitación (*fisioterapia*).

Costos totales del ejemplo	\$1,900
-----------------------------------	----------------

En este ejemplo, Mia pagaría:

Costo compartido	
Deducibles	\$0
Copagos	\$500
Coseguro	\$0
¿Qué no está cubierto?	
Límites o exclusiones	\$0
El total que pagaría Mia es	\$500